

お申込締切日：2017年7月7日(金)

●参加申込用紙「ドイツの介護保険・認知症ケア・在宅ホスピス視察団」

参加者氏名	和文	性別 □女性 □男性	生年月日	大昭平 (西暦)	年	月	日
	英文						
現住所	〒			携帯			
				TEL			
				FAX			
Eメールアドレス							
勤務先				役職			
勤務先所在地				〒		TEL	
						FAX	
パスポート	□申請中 □あり(パスポート番号：)			有効期間		年 月 日迄	
渡航中の緊急連絡先	氏名	(続柄：)		電話			
	住所			携帯			
ビジネスクラス希望の有無 (追加料：約55万円。予約時により異なります)	□あり(希望座席：□窓側、□通路側) □なし		1人部屋利用希望		□あり(追加料：78,000円) □なし		
			同室希望者名				
申込金(8万円)：旅行費用の一部に充当します	年 月 日 銀行 支店から振り込みます		書類の送付先		□勤務先 □自宅		

※お申込み方法：お申込みは郵送又はFAXでも結構です。FAXの場合、着信確認のため送信後にお電話下さい。

※送付先：株式会社トラベルパートナーズ「ドイツの介護保険・認知症ケア・在宅ホスピス視察団」担当者宛

FAX番号：03-5645-3775(着信確認電話番号：03-5645-3700) 営業時間：平日 10:00-18:00(土日祝：休業)

※パスポートをお持ちの方は、申込時にパスポートの写真のページもお送りください。また、婚姻等で追記欄に記載のある方は、そのページもお送りください。